Ueber den

interstitiellen Leistenbruch.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Adolf Fleischmann

approb. Arzt aus Freinsheim in der Rheinpfalz.

München 1897.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber den

interstitiellen Leistenbruch.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Adolf Fleischmann

approb. Arzt aus Freinsheim in der Rheinpfalz.

München 1897.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Obermedicinalrat Professor Dr. Angerer.**

Meinem lieben Vater

Herrn Dr. Fleischmann

prakt. Arzt in Freinsheim

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546007_0104

Unter einem interstitiellen Leistenbruch versteht man nach Benno Schmidt einen Bruch, der nicht nur in seinem Anfangsstadium ein Kanalbruch ist, sondern dauernd im Leistenkanal liegen bleibt und sich daselbst vergrössert, indem er die Wandungen des Kanals auseinander treibt, wohl auch in die intermuskulären Zwischenräume sich einschiebt. Derselbe bildet in der Regel eine beträchtliche Geschwulst am Unterleib oberhalb des Poupartschen Bandes zwischen äusserem Leistenring und spina anterior superior.

Zu unterscheiden hievon ist der inkomplete äussere Leistenbruch, welcher noch nicht ausser den Bereich des Leistenkanals gelangt ist, aber nur in seinem Anfangsstadium Kanalbruch ist. Ferner ist von dem interstitiellen Leistenbruche zu unterscheiden jene besondere Art der Leistenbrüche, welche Krönlein als Hernia inguino-properitonealis bezeichnet hat. Die erste Mitteilung Krönleins über diese seltene Bruchform erschien in v. Langenbecks Archiv, Band 19. Im Jahre 1880 veröffentlichte Krönlein im 26. Band desselben Archivs eine zusammenfassende Arbeit über diesen Gegenstand, in der bereits 24 Fälle mitgeteilt wurden. Durch diese Arbeit wurde ein allgemeines lebhaftes Interesse an dieser neuen Bruchform wachgerufen und es wurden von verschiedenen Autoren seitdem neue hier einschlägige Fälle publiziert, so dass Breiter, der im Jahre 1895 in seiner Doktordissertation die seit 1880 publizierten Fälle sammelte, bereits über 36 neue Fälle verfügte. Allein unter den seit Krönleins Arbeit veröffentlichten Fällen befinden

sich manche, die den Namen einer properitonealen Hernie nicht verdienen, sondern als interstitielle Leistenbrüche aufzufassen sind. Breiter sah sich infolge dessen veranlasst, einige Fälle als „irrtümlich den properitonealen Hernien zugefügte“ aus der Statistik völlig auszuscheiden. Unter seinen 36 Fällen befinden sich dann noch 8, die er nur mit Wahrscheinlichkeit als properitoneale Hernien anerkennen konnte. Dieser Misstand der Verwechslung von interstitiellen und properitonealen Hernien, den Breiter bei Bearbeitung des letzteren Themas unangenehm empfunden, machte sich auch mir bei der Behandlung des interstitiellen Leistenbruches in störender Weise bemerkbar. Aus diesem Grunde sowohl, als auch wegen der nahen ätiologischen Verwandtschaft beider Bruchformen, ist es hier nötig an manchen Stellen auch auf die Hernia properitonealis etwas einzugehen und besonders die Punkte kurz zu besprechen, die massgebend sind für die Entscheidung der Frage, ob es sich in einem gegebenen Falle um eine properitoneale oder um eine interstitielle Leistenhernie handelt. Unter Hernia inguino-properitonealis versteht Krönlein eine eigentümliche Art von Leistenbrüchen, „welche durch einen aus zwei Fächern bestehenden Bruchsack ausgezeichnet ist, von denen das eine durch den Leistenkanal nach aussen sich erstreckt und, unter den allgemeinen Körperdecken verborgen, nach Art der gewöhnlichen Leistenhernien die äussere Bruchgeschwulst formieren hilft (Saccus inguinalis), während das andere hinter der Bruchpforte, doch vor dem parietalen Bauchfelle und mit diesem verwachsen, die Hülle der inneren Bruchgeschwulst darstellt (Saccus properitonealis)“. Man könnte vielleicht denken, dass die ganze Unterscheidung zwischen einer interstitiellen und properitonealen Leistenhernie wertlos sei und könnte sagen, dass die interstitiellen Brüche ebenfalls vor dem Peritoneum liegen und daher auch als properitoneale bezeichnet werden könnten. Allein dadurch würde doch eine

grosse Verwirrung entstehen und M. Schmidt weist diese Anschauung bei Besprechung eines von Link veröffentlichten Falles mit Recht zurück. Nachdem er nachgewiesen, dass der betreffende Fall kein properitonealer, sondern ein interstitieller ist, sagt er mit Bezug auf die erwähnte Anschauung: „Diesen Situs als properitoneal zu bezeichnen, hat man ebensowenig ein Recht, als man in jedem normalen Körper die Lage des Samenstranges in der Bauchwand properitoneal nennen darf". Es entspricht dies auch keineswegs den Anforderungen, die Krönlein selbst an eine Hernia inguino-properitonealis stellt. Er sagt ausdrücklich, dass bei einer solchen der innere Bruchsack zwischen Peritoneum und Fascia transversa liegen müsse, niemals aber interstitiell sein dürfe. Auch M. Schmidt verlangt den bündigen Nachweis, dass das fragliche Divertikel vorn von sämtlichen Schichten der Bauchwand gedeckt ist und hinten direkt dem Peritoneum aufgebettet ist. Dieser Nachweis ist allerdings in manchen Fällen schwer zu führen. Es bedarf dazu einer präcisen Zählung der einzelnen getrennten Fascien bezw. Muskelschichten, um zu erkennen, ob diese alle vollzählig vorhanden sind. Es ist dies gewiss oft schwer, besonders auch deshalb, weil ein interstitieller Bruchsack, wie es M. Schmidt in einem Falle beobachtet hat, sämtliche Bauchdeckenelemente bis auf die Aponeurose des obliquus externus zum Schwunde bringen kann, so dass er schliesslich Wand an Wand mit dem Peritoneum liegt. M. Schmidt nimmt es als möglich an, dass dieser Vorgang bei gewissen Fällen von Krönleinschen Hernien stattfinden könne. Es sei denkbar, dass in gewissen Fällen das abdominalwärts gelegene Bruchsackfach ursprünglich „intraparietal" angeordnet war und erst sekundär „properitoneal" geworden ist. Wenn man also auch zugeben muss, dass die Unterscheidung der einzelnen Bauchdeckenschichten in manchen Fällen schwierig, in einzelnen, besonders wo bereits eine starke Verdünnung der Bauchdecken eingetreten

ist, vielleicht völlig unmöglich ist, so muss man doch andererseits M. Schmidt beistimmen, wenn er verlangt, dass die topographische Anatomie jedes einzelnen Falles erschöpfend dargestellt werde. Denn nur so ist es möglich, zu beurteilen, ob ein interstitieller Leistenbruch vorliegt oder nicht, und nur so ist eine Orientierung in der Litteratur und eine genaue Statistik möglich. Dabei kommt es nicht nur auf die Zahl der vor dem Bruchsack liegenden Schichten der Bauchwand an, sondern auch auf die Lage der Leistenringe. Insbesondere ist die Lage des inneren Leistenringes und das Verhalten des Bruchsackes zu demselben von ausschlaggebender Bedeutung. Entspricht die Bruchpforte dem inneren Leistenring, so ist der Bruch ein interstitieller, und es sind daher solche unter dem Namen von properitonealen Hernien veröffentlichte Fälle, bei denen sich nachweisen lässt, dass die Bruchpforte durch den inneren Leistenring gebildet ist, von den properitonealen Hernien abzutrennen und den interstitiellen zuzurechnen, wie dies im folgenden an einigen Fällen gezeigt werden wird. In einer Anzahl von Fällen lässt sich aus den Mitteilungen nicht mehr erkennen, ob die Bruchpforte dem inneren Leistenring entsprach oder nicht, da die Autoren darüber keine genauen Angaben gemacht haben, sondern einfach von dem „Ostium abdominale der Krönleinschen Hernie“ sprechen.

M. Schmidt glaubt, dass „dieses Ostium abdominale der Krönlein'schen Hernie“, das meist auffällig hoch und auswärts gelegen gefunden wurde, in den meisten Fällen nichts weiter sei als der innere, und zwar dislocierte Leistenring und dass diese Fälle daher als interstitielle Leistenbrüche aufzufassen seien. In mehreren Fällen lässt sich in der That ziemlich sicher annehmen, dass eine solche Verwechselung wirklich vorgekommen ist. Wir werden jedoch das scharfe Urteil Schmidt's nicht so allgemein gelten lassen können. Insbesondere müssen wir berücksichtigen, dass eine genaue Bestimmung der Lage des inneren Leisten-

ringes, wie auch Breiter hervorhebt, wegen des schiefen Verlaufes des Leistenkanales durch die Bauchwand hindurch und der oft starken Ausweitung desselben oft schwierig ist. Immerhin ist die Forderung Schmidt's berechtigt, dass in allen vorkommenden Fällen die Lage des inneren Leistenringes möglichst genau bestimmt werde, da diese für die Differentialdiagnose zwischen interstitieller Leistenhernie und Hernia inguino-properitonealis der einzige sichere Anhaltspunkt ist.

Bezüglich der Entstehung der interstitiellen Leistenhernien ebenso wie der properitonealen ist eine Einigung unter den einzelnen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, bis jetzt noch nicht erzielt worden. Das einzige Moment, welches alle Autoren gleichmässig betonen, ist die wichtige Thatsache, dass die interstitielle Leistenhernie meist compliciert ist mit Störungen im Descensus testiculi und dass diese beiden Dinge in einem ursächlichen Zusammenhange stehen. Bezüglich der gemeinsamen ursächlichen Momente gehen jedoch die Ansichten weit auseinander und es sind darüber zum Teil recht lebhafte Controversen entstanden.

Am meisten Anhänger fand ursprünglich die Ansicht, dass die Ursache für das Zustandekommen des interstitiellen Leistenbruches eine angeborene Verengerung des äusseren Leistenringes sei, wodurch sowohl der Hode am völligen Descensus gehindert als auch der nachfolgende Bruch aufgehalten und genötigt werde, sich nach oben und zwischen die Schichten der Bauchwand hinein zu entwickeln.

Diesem Erklärungsversuche stellte nun M. Schmidt einen anderen gegenüber. Er fand in einem Falle von interstitieller Leistenhernie den inneren Leistenring in der Höhe der spina ilei anterior superior wenig nach innen von derselben gelegen. Diese Dislokation des inneren Leistenringes, die auch andere Autoren, wie z. B. Butz, beobachtet haben, sieht er nun, da in seinem Falle jegliches

mechanische Moment, das eine spätere Dislokation erklären könnte, anamnestisch fehlte, als eine congenitale an und macht sie sowohl für die Störung im Descensus testiculi als auch für die Entstehug des interstitiellen Leistenbruches verantwortlich. In der That ist zu bemerken, dass eine Verengerung des äusseren Leistenringes keineswegs in allen Fällen vorhanden ist. Ferner müsste man, wie Rumpel hervorhebt, wenn wirklich die Enge des äusseren Leistenringes den Hoden in der Bauchwand zurückgehalten hätte, erwarten, dass derselbe dicht hinter dem ihn aufhaltenden Inguinalringe liegen sollte, was meist nicht der Fall ist. Schmidt glaubt, dass bei der erwähnten Dislokation des inneren Leistenringes, oder, was dasselbe bedeute, bei Durchbohrung der Bauchwände durch den Scheidenfortsatz an falscher Stelle die Länge des processus vaginalis nicht ausreiche, um die Gegend des äusseren Leistenringes, und noch weniger, um den Fundus scroti zu erreichen. Dem entsprechend könne auch der descencus testiculi nicht zur Vollendung kommen. Als Ursache für die Dislokation des inneren Leistenringes hinwiederum nimmt er eine falsche Insertion des Gubernaculum Hunteri an die Bauchwand an und verteidigt diese seine Theorie späterhin gegen die Angriffe Bramann's. Aus seiner Erwiderung mögen folgende Worte hervorgehoben werden; „Auch die Untersuchungen von Bramann haben bestätigt, dass der sich zu entwickeln beginnende Scheidenfortsatz und das Gubernaculum zwei in untrennbarer Nachbarschaft und in innigstem Zusammenhang stehende Gebilde sind, dass der erstere in seiner Anlage als kleine Einsenkung des Peritoneums an der vorderen und äusseren Seite des Gubernaculum zwischen diesem und der Bauchwand schon im 3. Monat vorhanden ist. Wo also der erste Beginn der Scheidenfortsatzausstülpung ist, da befindet sich auch in unmittelbarer Nähe das Gubernaculum, und, wenn man eine im Fötalleben entstandene Dislokation des inneren Leistenringes oder mit

anderen Worten eine Durchbohrung der Bauchwände durch den Scheidenfortsatz an falscher Stelle annimmt, so muss man ebenfalls annehmen, dass auch das Gubernaculum sich entsprechend an abnormer Stelle der Bauchwand inseriert hat.“ Auf den Einwand Bramann's, dass das Gubernaculum in seiner Anlage und Entwicklung an eine genau fixierte Stelle gewiesen, in seiner Entstehung nicht dem Zufall preisgegeben sei, entgegnet er, dass die meisten Körperorgane zuweilen fötalen Bildungsfehlern unterliegen und zwar regelmässigen, sich ganz typisch wiederholenden, und dass er nicht einsehen könne, dass gerade das Gubernaculum ein Monopol, vor solchen typischen Anomalien geschützt zu sein, besässe. Allerdings gibt M. Schmidt zu, dass es sehr schwer sei, einen einwurfsfreien positiven Beweis für das Vorhandensein einer solchen Anomalie zu führen.

Als Erklärung für die Retentio testis könnte unter anderem auch eine abnorme Kürze des vas deferens herangezogen werden, wie sie Bramann beobachtet hat und wie sie auch Rokitansky als Hindernis beim Descensus testiculi erwähnt.

Eine weitere Frage ist die, ob für die Entstehung der interstitiellen Leistenbrüche auch rein mechanische Momente insbesondere die Massenreduktion verantwortlich gemacht werden können, wie sie von Tessier, Streubel und anderen als Ursachen für die Entstehung mancher properitonealer Hernien hervorgehoben wurden. Nach Streubel ist der Hergang dabei folgender: „Nachdem sich der Bruchsackhals in der Gegend des inneren Leistenringes organisiert, d. h. narbig kontrahiert hat, wird derselbe beim Vorfallen der Därme durch unzweckmässigen Druck des Patienten auf die ganze Bruchgeschwulst zurückgedrängt, erhebt das Bauchfell, löst es ab, und, wenn der Druck fortgesetzt oder oft wiederholt wird, stülpt er endlich nach der Richtung des Druckes einen Teil des Bruchsackes unterhalb des Bruchsackhalses vor oder unter dem Bauchfelle aus.

Im Anfang mag diese Bauchfellausstülpung nicht bleibend sein, später aber, wenn sie oft bewirkt worden ist, wird sie beständig, verbleibt mit dem Bauchfelle in Berührung und verwächst mit demselben". Unter den rein mechanischen Momenten hebt Streubel auch das Tragen eines schlechten Bruchbandes hervor, das begünstigend auf die Ausbildung der Bruchsackausstülpung wirke. Diesen Erklärungsversuchen Streubels wurde von manchen lebhaft widersprochen, von vielen anderen Autoren aber, wie Krönlein, Brenner und Braun zugestimmt. Letzterer führt einige Fälle zum Belege für die Streubel'sche Theorie an und kommt zu dem Schlusse, dass manche Abarten der Leistenhernien und Schenkelhernien, bei denen von präformierten Abnormitäten des Bauchfells, von Störungen im Descensus testiculi etc. nichts nachgewiesen werden kann in einer sehr nahen Beziehung zu vorangegangenen Massenrepositionen stehen. Wenn Braun auch damit zunächst die properitonealen Hernien im Auge hat, so dürfte seine Ansicht doch auch zur Erklärung mancher Fälle von interstitiellen Leistenhernien, bei denen eine Störung im Descensus testiculi nicht vorhanden ist, Geltung haben.

Eine einheitliche Erklärung für das Zustandekommen des interstitiellen Leistenbruches kann also, wie aus Obigem hervorgeht, bis heute nicht gegeben werden. Als feststehendes gemeinsames Ergebnis bei allen Untersuchungen ist nur, wie schon oben betont, festzuhalten, dass in den meisten Fällen eine Störung im Descensus testiculi vorliegt.

Eine Anzahl Fälle von interstitiellem Leistenbruch hat Rumpel in seiner im Jahre 1887 in Marburg erschienenen Doktordissertation zusammengestellt. Derselbe führt darin aus der älteren französischen Litteratur zwei von Goyrand beschriebene Fälle an, aus der neueren vier in einer Zusammenstellung von Duret enthaltene. Ferner berichtet er kurz über zwei Fälle aus der englischen Litteratur. Aus der deutschen Litteratur führt er, abgesehen von sei-

nem eigenen in der Marburger Klinik beobachteten, nur zwei Fälle an, nämlich einen von Zuckerkandl und einen von M. Schmidt. Es ist dies der schon erwähnte Fall, den Schmidt auf dem 14. Chirurgenkongress mitteilte und bei welchem er die genannte Dislokation des inneren Leistenringes beobachtet hatte, welcher in der Höhe der spina ilei anterior superior 5 cm weit von ihr nach innen lag.

Indem ich bezüglich dieser elf Fälle auf die Arbeit von Rumpel verweise, will ich hier nur einige weitere in der Litteratur gefundene Fälle mitteilen. Dabei ist nochmals zu bemerken, dass eine Zusammenstellung deshalb mit Schwierigkeiten verbunden ist, weil verhältnismässig wenige Fälle unter dem präcisen Namen „interstitieller Leistenbruch" beschrieben sind. Seit Krönleins Arbeit über die Hernia inguino-properitonealis sind vielmehr eine Anzahl von interstitiellen Leistenbrüchen von ihren Autoren irrtümlicher Weise in diese Rubrik eingereiht worden, so dass man sie erst in dieser falschen Rubrik aufsuchen und daraus ausscheiden muss. Nachträglich ist es nun oft schwer zu entscheiden, ob die Hernie wirklich eine properitoneale oder ob sie eine interstitielle gewesen ist, namentlich da, wo die anatomischen Angaben nicht mit genügender Genauigkeit gemacht sind. Da ich glaube, dass es mir nicht zukommt über die einzelnen Autoren zu Gericht zu sitzen und zu entscheiden, ob der Name „Hernia inguino-properitonealis" in jedem einzelnen Falle mit Recht oder mit Unrecht gebraucht wurde, so will ich im folgenden von den unter diesem Namen veröffentlichten Fällen nur einige wenige anführen, bei denen der Irrtum zweifellos und bereits von anderen Autoren konstatiert worden ist.

Zunächst möge hier ein Fall von interstitiellem Leistenbruch aus der neueren russischen Litteratur Erwähnung finden, der von R. W. Butz beobachtet worden ist, und über den Heydenreich im Zentralblatt für Chirurgie referiert: die betreffende Hernie drang ein zwischen obli-

quus externus und internus. Von besonderem Interesse war dabei die Lage des inneren Leistenringes, der sich in der Höhe der spina ilei anterior superior befand, fast 5 cm nach innen von dieser und ungefähr 5 cm höher als normal, also, ebenso wie in dem Falle von Schmidt, nach oben und aussen verlagert war.

Von den unter dem Namen einer properitonealen Hernie veröffentlichten, hierher gehörigen Fällen sei zunächst einer von Torrey mitgeteilt. Derselbe betraf einen 30-jährigen Mann, welcher unter den Erscheinungen einer schweren Obstruktion erkrankt war, nachdem der Versuch, einen sonst reponibel gewesenen Bruch zurückzubringen, schon seit 5 Tagen erfolglos gewesen war. Es fand sich linkerseits eine Hydrocele, rechts ein kleiner irreponibeler Scrotalbruch und gerade über der Mitte des Poupartschen Bandes eine ziemlich stark gespannte, etwa handbreit aufwärts reichende Schwellung der Bauchwand. Der Taxisversuch brachte zwar die Bruchgeschwulst im Hodensack zum Verschwinden, vergrösserte aber auch zugleich die Geschwulst in der Bauchwand, und bei Nachlass des Druckes kam die Hernie auch wieder zum Vorschein.

Bei der nun vorgenommenen Herneotomie fand Torrey den im scrotalen Teile des Bruchsackes gelegenen Darmabschnitt in gutem Zustande. Er führte darauf seine Incision „vom äusseren Leistenring an nach oben durch die Bauchwand bis in die Höhle hinein, welche die obenerwähnte Geschwulst darstellte und zwischen der Fascia transversa und den darüberliegenden Muskeln eine taschenförmige Aussackung bildete.“ Die Darmschlingen zeigten auch hier überall ein gutes Aussehen, waren aber an verschiedenen Stellen mit der Wand des Bruchsackes verklebt. Sie wurden abgelöst und in die Bauchhöhle reponiert. Der Patient starb drei Tage nach der Operation. Eine Sektion wurde nicht vorgenommen.

Torrey gibt im Vorstehenden ausdrücklich an, dass

der innere Bruchsack zwischen der fascia transversa und den Bauchmuskeln gelegen habe. Bessel-Hagen weist daher mit Recht darauf hin, dass es sich hier nicht um einen properitonealen, sondern um einen interstitiellen Bruch gehandelt habe. Auch Breiter führt diesen Fall unter denjenigen an, welche irrtümlich zu den properitonealen gerechnet wurden.

Ein anderer Fall wurde von Zeller beobachtet: 21-jähriger Kaufmann, der mit doppelseitigem Kryptorchismus und einem rechtsseitigen Bruch — bestehend in einer flachen, schmerzlosen Vorwölbung über dem rechten ligamentum Poupartii — geboren war. Ein Bruchband hatte Patient nie getragen. Wegen eingetretener Einklemmung, infolge deren die Geschwulst, nach oben und aussen gegen die spina anterior superior zu hinziehend, sehr stark hervorgetreten war, wurde die Operation vorgenommen, welche folgendermassen verlief: „Nach Durchtrennung der auffallend dünnen Bauchdecken und der Fascia transversa in der ganzen Länge der Geschwulst“ lag der Bruchsack bloss. Derselbe wurde eröffnet und als Inhalt Netz und Darmschlingen gefunden. Nach Entfaltung der letzteren fand sich am unteren Ende des Bruchsackes der ziemlich atrophische Hoden an einem kurzen gewundenen Samenstrang. Nach aussen hatte der Bruchsack noch eine kurze, blind endigende Tasche mit breitem Eingang. Bei der Verfolgung der Darmschlingen nach oben zu kam man an die sehr scharfwandige Bruchpforte, in die sich das Herniotom nur sehr mühsam einführen liess. Nach ihrer Erweiterung gelang die Reposition der Darmschlingen und des Netzes sehr leicht und „es zeigte sich, dass auch der kurze Samenstrang durch diesen Ring in die Bauchhöhle verlief.“ Die Operation wurde in gewöhnlicher Weise vollendet. Es trat Heilung ein.

Zu diesem Falle bemerkt M. Schmidt, er halte die Angabe, dass der Bruchsack „nach Durchtrennung der

auffallend dünnen Bauchdecken und der fascia transversa" zum Vorschein gekommen sei, nicht für hinreichend zum Beweise, dass er im wörtlichen Sinne properitoneal gelegen habe. Hiezu hätte es vielmehr einer Aufzählung der nachweisbaren einzelnen Bauchdeckenschichten bedurft. Dass diese alle vollzählig vorhanden gewesen seien, könne man bei der vom Verfasser erwähnten auffallenden Dünne derselben bezweifeln. Vor allem aber ist, wie Schmidt betont, und wie auch Breiter hervorhebt, der im übrigen die Frage, ob der Bruch ein properitonealer oder ein interstitieller ist, in der Schwebe lässt, die Angabe auffallend, dass der Samenstrang durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle verlaufen sei. Daraus lässt sich entnehmen, dass die Bruchpforte der innere Leistenring war und dass der Bruch also als interstitieller aufzufassen ist.

Aehnlich ist ein Fall zu beurteilen, den Link aus dem Garnisonsspital zu Lemberg mitteilt: 21 Jahre alter Ulane. Ueber dem rechten Poupart'schen Bande sieht man deutlich eine wurmförmige Anschwellung, welche nach abwärts in die rechte Hodensackhälfte herabsteigt, daselbst einen orangegrossen Tumor bildend, auf dessen Grund der Hode zu fühlen ist. Nach oben zu verläuft die Geschwulst ziemlich parallel zum Poupart'schen Bande, um sich etwa zwei Querfinger von der spina ilei anterior superior in die Bauchhöhle zu verlieren.

Die Operation wurde in typischer Weise vorgenommen. Im Bauchsack fand sich eine Dünndarmschlinge, die am äusseren Leistenring abgeschnürt war. Trotz des Débridement gelang die Entwicklung derselben nicht und der untersuchende Zeigefinger gelangte nach Blosslegung des Leistenkanales mit einem Schnitte durch alle Schichten der Bauchwand längs des ganzen Leistenkanales bis in die Nähe der spina anterior superior ossisilei, wo er auf das zweite Hindernis, nämlich den inneren Leistenring, stiess, welcher die vorgefallene Dünndarmschlinge durch eine

scharfe Einschnürung gefangen hielt. Der einschnürende Ring, der nur vom Bauchfell gebildet war, wurde mit dem Zeigefinger nach aussen eingerissen und auf diese Weise die Einklemmung ohne Mühe behoben. Reposition. Radikaloperation nach Czerny. Günstiger Heilungsverlauf.

Der eben beschriebene Fall ist, wie Schmidt und auch Breiter hervorheben, keine properitoneale, sondern eine interstitielle Hernie gewesen. Denn der Bruchsack lag nicht, wie es bei einer properitonealen Hernie verlangt werden muss, zwischen dem Peritoneum parietale und der Fascie transversa, sondern vor dem inneren Leistenring.

Zum Schlusse möchte ich noch einen in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachteten Fall mitteilen, der die Veranlassung zu vorliegender Arbeit gab.

An dieser Stelle erlaube ich mir gleichzeitig, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedicinalrat Professor Dr. Angerer für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Der hiesige Fall betraf einen 24jährigen Studenten, der am 19. Januar 1897 in die Klinik verbracht wurde. Die Anamnese ergab, dass derselbe angeblich schon seit seiner Jugend an einem rechtsseitigen Leistenbruch litt, gegen den er jedoch nie ein Bruchband getragen hatte. Ferner fehlte nach der Anamnese angeboren der rechte Hode. Am 16. Januar erkrankte Patient plötzlich mit Schmerzen in der rechten Bauchgegend bis hinauf zum Nabel ohne besondere Veranlassung, doch fühlte man bald eine Geschwulst in der rechten Bauchgegend. Seit 16. Januar hatte Patient keinen Stuhlgang mehr gehabt, weshalb er vom Arzte Abführmittel (Aloë) erhielt. Auch der Abgang von Winden war gehemmt. Am 19. Januar morgens trat kotiges Erbrechen ein, weshalb ihn der behandelnde Arzt in die Klinik verwies, in welche er am 19. abends 6 Uhr eingeliefert wurde.

Der bei der Aufnahme erhobene Status präsens war folgender:

Patient sehr kräftig gebaut, Panniculus adiposus gut entwickelt, Aussehen etwas collabiert. Puls sehr klein und weich, etwas unregelmässig. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keine Besonderheiten. Rechter Hode fehlend. Der Leistenring rechts ist offen, doch kann der Finger in den Kanal nicht eindringen. Oberhalb des Leistenringes, fast bis zum Nabel hinaufreichend, lässt sich eine runde, elastische, stark gespannte Geschwulst in der Grösse fast zweier Hände ziemlich deutlich abgrenzen. Die Geschwulst gibt tympanitischen Schall, ist empfindlich, die Haut über der Geschwulst ist bereits gelblich verfarbt.

Sofortige Operation, vorgenommen von Herrn Privatdocent Dr. Ziegler: Grosser Schrägschnitt in der Richtung des Leistenkanales bis hinauf zur spina anterior superior. Reichlicher Panniculus. Nach Durchtrennung der Aponeurose des obliquus externus wölbt sich eine bläulich verfärbte, reich von Venen durchzogene ödematöse Blase vor, nach deren Eröffnung eine grosse Menge reinen Blutes abfliesst. Nach breiter Eröffnung zeigt sich, dass die Wand aus ödematösem Peritoneum besteht. In dem grossen Bruchsack liegen zwei grosse Dünndarmschlingen und grosse Stücke hochgradig cyanotisch verfärbten Netzes. Die eine Dünndarmschlinge ist stark cyanotisch, die andere nur injiciert. Der Bruchsack ist im ganzen fast dreifaustgross, bis nahe an den Nabel reichend. Die Darmschlingen sind aus einer dem annulus internus entsprechenden Lücke hervorgekommen. Dortselbst ist Darm und Netz hochgradig eingeklemmt. Es wird nun weit nach oben der Bruchring gespalten und nun zeigt sich, dass unter dem Bruchsack erst die dicke Muskulatur des internus und transversus zum Vorschein kommt. Nach der Discission fliesst reichliche seröse Flüssigkeit aus der freien Bauchhöhle. Die cyanotisch verfärbte Dünndarmschlinge erholt

sich jetzt rasch, so dass der gesamte Inhalt aus dem Bruchsack in die Bauchhöhle reponiert werden kann. Im unteren Teile des Bruchsackes sieht man nun den hochgradig atrophischen Hoden. Derselbe lässt sich auch nach Abtrennung des Peritoneums nicht in das Scrotum herabdrängen. Da er von demselben mindestens 10 cm entfernt ist, wird der Hode abgetragen. Das Peritoneum wird noch ringsum abgelöst und in der Höhe des Bruchringes vernäht durch fortlaufende Catgutnaht. Der restierende Bruchsack, der auf dem obliquus internus aufliegt, kann dann leicht stumpf vollständig abgelöst werden. Ueber der Catgutnaht des Peritoneums Catgutnaht des internus und transversus. Drei Nähte der Aponeurose des obliquus externus. Hautnaht.

Am Tage nach der Operation abends zweimaliges Erbrechen von dunkler Farbe. Am zweiten Tage Abgang von Flatus und vollkommenes Wohlbefinden des Patienten. Am 4. Tage nach der Operation hatte Patient zum ersten Male Stuhlgang. Der weitere Verlauf war, abgesehen von einer geringen Nahteiterung, in deren Verlauf zwei Fäden abgestossen wurden, vollkommen zufriedenstellend. Eine Temperaturerhöhung war nur einmal vorübergehend am Tage vor Abstossung der beiden Fäden vorhanden. Sonst war die Temperatur stets normal und die Wundheilung fand per primam statt. Am 27. Februar wurde Patient mit Bauchbinde entlassen.

Dass der vorstehende Fall wirklich zu den interstitiellen und nicht zu den properitonealen Hernien zu rechnen ist, unterliegt nach den topographisch-anatomischen Verhältnissen, wie sie sich bei der Operation ergeben haben, keinem Zweifel. Der Bruchsack lag im Bereich der Bauchwand zwischen obliquus externus einerseits und obliquus internus und transversus andererseits. Ferner entsprach die Bruchpforte, an der Darm und Netz eingeklemmt waren, dem inneren Leistenring. Wie in den meisten Fällen, so war auch hier eine Störung

im Descensus testiculi vorhanden, und es war dabei der Hode, wie es ebenfalls in solchen Fällen die Regel ist, hochgradig atrophisch. Da er sich ausserdem unter keinen Umständen in das Scrotum herabziehen liess, so war seine Abtragung jedenfalls berechtigt. Wie in mehreren anderen Fällen, so fand sich auch hier eine ziemliche Kürze des Samenstranges. Ob die an der rechten Seite des Unterleibes schon in frühester Jugend des Patienten beobachtete Geschwulst damals, wie die Angehörigen annahmen, bereits einem Leistenbruch entsprach oder lediglich durch den an abnormer Stelle gelegenen Hoden bedingt war, ist nachträglich schwer zu sagen. Bemerkenswert ist, dass der äussere Leistenring auf der Seite des Bruches offen war. Es dient dies ebenfalls zum Beweise der bei Besprechung der Aetiologie erwähnten Behauptung M. Schmidt's, dass eine Enge des äusseren Leistenringes keineswegs in allen Fällen vorhanden sei, und man kann daher eine solche auch jedenfalls nicht in so verallgemeinernder Weise, wie dies früher geschehen ist, für die Entstehung der interstitiellen Leistenbrüche verantwortlich machen.

Benützte Litteratur.

1. Krönlein, „Herniologische Beobachtungen aus der v. Langenbeck'schen Klinik". Archiv für klinische Chirurgie 1876, Band 19
2. Krönlein, „Weitere Mitteilungen über die Hernia inguino-properitonealis". Archiv für klinische Chirurgie 1880. Bd. 25.
3. Meinhard Schmidt, „Erklärungsversuch zur Genese der Hernia inguino-interstitialis (Goyrand) und der Hernia inguino-properitonealis (Krönlein)". Archiv für klinische Chirurgie 1885. Band 32.
4. Zeller, „Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis incarcerata". (Medic. Korrespondenzbl. des württemb. ärztl. Landesvereins 1887, Nr. 39). Centralblatt für Chirurgie 1888. Referat.
5. Rumpel, „Ueber den interstitiellen Leistenbruch". Doktordissertation Marburg 1887.
6. William Stone Torrey, „Inguino-properitoneal hernia". (Read before the Brooklyn Pathological Society, Dez. 22. 1887). (Annals of Surgery Vol. VII., p. 161—170) Centralbl. für Chir. 1889. Referat.
7. M. Schmidt, „Bemerkungen zu der Mitteilung von Dr. C. Kaufmann über Hernia inguino-properitonealis in Nr. 40 D. Bl.". Centralbl. für Chir. 1891. Originalmitteilung.
8. M. Schmidt, „Zur Aufrechthaltung meiner Erklärung für die Genese der Hernia inguino-interstitialis und Hernia inguino-properitonealis". Archiv für klinische Chirurgie 1891, Band 41.
9. Brenner, „Massenreduktion und Hernia properitonealis". Centralbl. für Chir. 1892. Originalmitteilung.
10. Braun, „Massenreduktion u. Hernia properitonealis". Centralbl. für Chir. 1892. Originalmitteilung.
11. Link, „Zur Casuistik der Hernia inguino-properitonealis". Centralbl. für Chir. 1892. Originalmitteilung.

12. M. Schmidt, „Bemerkungen zu dem von Ignaz Link in Nr. 40. D. Bl. mitgeteilten Falle von Hernia inguino-properitonealis“. Centralbl. für Chir. 1892. Originalmitteilung.
13. R. W. Butz, „Zur Casuistik interstitialer Hernien“. (Botkins Krankenhauszeitung 1895, Nr. 1). Centralbl. für Chir. 1895. Referat.
14. Breiter, „Ueber die Hernia inguino- und cruro-properitonealis (Krönlein)“. Beiträge zur klinischen Chirurgie, XIII. Band, III. Heft, 1895.
15. Benno Schmidt, „Die Unterleibsbrüche“. Deutsche Chir. Lieferung 47. 1896.